

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 juillet 1907, à 1 heure.

Par **F. BOURSIER DE LA ROCHE**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de l'Hôpital Péan.

Ancien Interne de l'Hôpital du Mans.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS FIBREUSES DU VAGIN

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
LEPAGE et GOSSET, agrégés.*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	N...
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	N....
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPERSONNE
	ALBARRAN.
	N.....
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agréés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (che
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (André)	JEANSELME	MÉRY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR ALBERT DE LA TOUR

Je dédie ce modeste travail, en faible témoignage de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien des Hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Au début du travail qui couronne nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser un sincère hommage d'affectueux souvenir à tous nos maîtres.

MM. les D^{rs} MUSÉLIER, médecin de l'Hôtel-Dieu, SEVESTRE, médecin de l'hôpital Bretonneau, le regretté M. JOSIAS, médecin de Bretonneau, ont dirigé nos premiers pas ; nous gardons une impression profonde de leur affectueuse sollicitude et de leurs excellentes leçons.

Nous prions M. le professeur TERRIER qui nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse, de vouloir bien agréer l'expression de notre vive gratitude. Il nous a initié aux éléments de la clinique chirurgicale.

De notre passage à la Clinique Baudelocque, nous avons emporté de précieux enseignements. Que M. le professeur PINARD soit assuré de notre entière reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur GOSSET de toute sa bienveillance pour nous durant nos années d'externat.

A M. POTHERAT, chirurgien de l'hôpital Broussais, nous

disons un chaleureux merci pour son attention délicate pour nous, pour son enseignement paternel.

Que M. ROUTIER, chirurgien de l'hôpital Necker, veuille bien agréer l'expression de nos sentiments reconnaissants.

Nous gardons un excellent souvenir de notre séjour à Péan sous la direction tout aimable de M. DELAUNAY, chirurgien de cet hôpital.

Nous n'oublions rien des remerciements que nous devons à nos maîtres durant notre internat à l'hôpital du Mans :

MM. LE BAIL, MORDRET, DROUIN, DELAGÉNIÈRE, ROCHER, MÉLISSON, HERVÉ.

L'idée de cette étude nous a été donnée par M. le Dr GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, par notre maître M. POTHERAT. Nous les remercions bien vivement de leurs excellents conseils ainsi que des observations qu'il leur a plu de nous donner.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS FIBREUSES DU VAGIN

INTRODUCTION

Suivant avec assiduité le service de M. le D^r GUINARD, à l'Hôtel-Dieu, il nous a été permis de voir une malade atteinte d'une tumeur du vagin.

Le diagnostic fut porté, la tumeur extirpée; l'examen ultérieur pratiqué par M. le professeur CORNIL, montra qu'il s'agissait d'une fibromyome.

La rareté de cette affection du vagin, ses causes encore mal expliquées, nous incitèrent à rechercher les cas semblables, qu'on pourrait trouver dans la littérature médicale. Notre maître M. POTHERAT voulut bien nous autoriser à citer un cas qu'il avait présenté à la Société de chirurgie en 1906. Ainsi nous avons tâché de réunir dans ce travail, les caractères anatomiques, les symptômes et l'évolution de ces tumeurs encore mal connues.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

Les tumeurs du vagin sont très rares: leur étiologie est très mal connue.

On les rencontre le plus souvent au milieu de la période génitale de la femme: 30 à 40 ans; cependant on en a citée avant et après cet âge chez des enfants (WILSON, 2 ans; TRATZL, 15 mois); chez des nouveau-nés (MARTIN, WILLAMS) et aussi après la ménopause.

L'accouchement ne paraît pas avoir un rôle bien considérable, car on l'a rencontré chez des nullipares et chez des vierges; SMITH, dans sa classification, trouve cinquante-cinq femmes mariées et quatorze célibataires. Il paraît donc ici comme pour l'utérus, que la grossesse influe peu sur l'apparition du fibromyome; tout au plus pourrait-on expliquer par le rôle plus actif que joue l'utérus dans la reproduction, la fréquence plus grande de tumeurs fibreuses à son niveau. Les traumatismes, le coït, incriminés par quelques auteurs, ne paraissent pas jouer un rôle plus important que la grossesse.

Il s'agit donc d'un fibromyome siégeant dans la paroi du vagin.

Quelle en est la structure anatomique, aux dépens de quels tissus prend-il naissance ?

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Quand on étudie les observations de fibromes du vagin, on voit qu'il s'agit le plus souvent de tumeurs ayant un certain volume, car leur évolution est silencieuse, jusqu'au moment où elles déterminent par leur présence des accidents mécaniques qui appellent l'attention sur elle.

On aura donc rarement des tumeurs du volume d'un pois, et celles-ci seront découvertes par hasard. Le plus souvent, elles seront grosses comme une noix, une orange. Mais elles peuvent devenir bien plus importantes; envahir tout le vagin, repousser l'utérus en haut, ou au contraire, évoluer sur la vulve dont elles dépassent l'orifice, constituant une masse volumineuse qui descend plus ou moins bas entre les cuisses. On cite des cas où la tumeur pesait 5 kilogrammes (GREMLER), 10 livres 1/2 (BAUDIER).

La forme du fibromyome du vagin varie suivant l'évolution de la tumeur et là, comme pour l'utérus, nous aurons une évolution pariétale, et ce sera une

tumeur sessile ; ou une évolution sur la cavité vaginale, et la tumeur sera pédiculée. Il y aura aussi tous les intermédiaires entre ces deux formes, depuis celle où le pédicule est très net, la tumeur étant très mobile sur son point d'implantation, jusqu'à celle où la paroi du vagin est seulement soulevée, et où il faudra l'attirer en dehors, pour former un pédicule à la tumeur.

En général, la tumeur du vagin sera unique, contrairement d'ailleurs au fibrome utérin. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a pu voir coexister deux ou plusieurs tumeurs dans la paroi du vagin. De même, rarement on a trouvé en même temps des fibromes de l'utérus et du vagin ; ces cas d'ailleurs, se prêtent à des considérations intéressantes sur lesquelles nous aurons à revenir, quand nous aborderons la pathogénie de cette affection.

Le siège de ces tumeurs est variable, avec prédominance surtout pour la paroi antérieure du vagin.

POTEL, sur 100 cas, trouve 55 cas de fibromes de la paroi antérieure du vagin, 26 de la paroi postérieure, 19 des parois latérales. La prédominance pour la paroi antérieure est expliquée vraisemblablement par la présence de l'urètre ; comme à ce niveau on trouve des fibromes périurétraux, il est très probable qu'on a décrit sous le nom de tumeurs du vagin, des fibromes développés aux dépens de l'urètre, dont on aura méconnu le point de départ.

Disons déjà que dans notre étude nous envisagerons seulement les tumeurs siégeant dans les parois mêmes de ce conduit et non celles qui, venant d'un autre organe, y feraient seulement une saillie plus ou moins considérable.

Comment va évoluer le fibrome du vagin ?

Tant qu'il est peu volumineux, qu'il ne dépasse pas le volume d'une noix, il tend à dédoubler la paroi vaginale, puis il grossit de plus en plus : il reste sessile ou se pédiculise. Dans ce dernier cas il agit peu sur les organes voisins, il tend à devenir de plus en plus intravaginal, soulevant la muqueuse qui l'entoure ; continuant son évolution, il va tendre à sortir de la vulve et on a vu ainsi de véritables accouchements se produire quand la tumeur était très volumineuse et quand le pédicule était long et mince.

Si celui-ci est implanté sur la paroi antérieure au niveau de la vessie, il détermine sur cet organe par le tiraillement qu'il y cause un petit infundibulum : il faudra donc, au cours des interventions, ne pas sectionner trop haut, de peur d'ouvrir la vessie.

Si le fibrome est sessile, il se développe dans la cavité pelvienne et détermine des troubles de compression des organes voisins ; c'est ainsi que la vessie sera refoulée en haut s'il s'agit d'un fibrome de la paroi antérieure ; que l'urètre pourra être comprimé et mieux quelquefois totalement oblitéré, que l'utérus, enfin, sera repoussé en haut et en arrière jusqu'à devenir à peine perceptible au toucher vaginal. Ce fibrome se développant dans la paroi postérieure tendra à faire saillie du côté du rectum, et très volumineux, il pourra déterminer des accidents de sténose rectale.

Quelle est l'évolution de ces tumeurs ?

Elle est comme pour les fibromes utérins, essentiellement lente. On les a vus durer très longtemps, deux, cinq, sept ans, peut-être même leur marche est-elle plus lente encore puisque nous savons qu'on ne les

remarque jamais à leur début. Cette marche sera parfois plus rapide à la suite de grossesse. En tout cas, elle sera rarement fatale et si autrefois on a pu noter des ulcérations, des suppurations spontanées partant de fibromes volumineux du vagin, actuellement on les enlève avant que par leur volume elles deviennent dangereuses pour la malade.

Si maintenant nous étudions plus directement la tumeur, nous voyons que ses connexions avec les tissus voisins varient suivant les cas : ou bien il y a une capsule conjonctive, lâche, facile à dissocier comme dans le fibrome utérin, ou bien il n'y aura pas de transition bien nette entre la tumeur et le tissu cellulaire voisin ; on conçoit donc que l'intervention opératoire sera facile dans le premier cas ; plus délicate dans le second où on sera exposé à blesser les organes voisins tels que l'urètre, la vessie, le rectum.

A la coupe la tumeur fibreuse apparaît dure, criant sous le scalpel ; elle présente des aspects différents, tantôt formée d'un seul bloc compact, avec aspect fasciculé dû à l'entrecroisement des faisceaux musculaires comme dans notre observation, tantôt contenant plus ou moins de liquide et offrant l'aspect d'une cavité dont les parois anfractueuses sont constituées de tissus fibromusculaires. Cette forme d'ailleurs est de beaucoup la plus rare et semble se rapprocher des kystes du vagin.

La constitution histologique varie suivant les cas. Nous pouvons trouver plusieurs sortes de tumeurs :

Le plus souvent il s'agira d'un fibromyome ayant beaucoup d'analogie avec les fibromes utérins. La coupe se présentera donc formée surtout de gros paquets de fibres musculaires lisses, coupées en long et en travers ;

ces ilots seront séparés par du tissu conjonctif plus ou moins vascularisé ; notre observation est un cas des plus typiques.

D'autres fois, au contraire, le tissu musculaire est prédominant, on aura affaire à un myome pur (DUBAR).

Le tissu fibreux peut seul former la tumeur ; ce sera un fibrome pur (PAGET, WETZEL, PAQUET, POTHERAT).

Enfin plus rarement on peut avoir un fibromyome avec fibres musculaires striées comme dans le cas de M^{me} KASCHEWAROWA.

CHAPITRE III

Pathogénie

Nous connaissons maintenant les tumeurs du vagin, leur siège, leurs connexions, leur évolution anatomique.

Il s'agit de savoir d'où elles viennent, quelle est la partie de voies génitales qui leur a donné naissance.

Nous avons vu que les tumeurs périurétrales n'étaient pas rares soit qu'elles viennent nettement de l'urètre avec point d'implantation très perceptible sur ce canal ; soit que le fibrome ne soit relié à l'urètre que par un long pédicule.

Déjà nous avons dit qu'on ne pouvait pas les comprendre dans les tumeurs proprement dites du vagin. Tout au plus pourrait-on dire qu'il serait difficile de différencier une tumeur partie de l'urètre, et ayant perdu toute connexion avec ce conduit, d'une tumeur du vagin proprement dite.

L'histologie est en effet la même, l'urètre étant dans sa partie inférieure entouré de fibres musculaires lisses, et dans sa partie supérieure de fibres musculaires striées au niveau du col vésical. Une autre origine est encore

possible ; les fibromes peuvent venir de l'utérus. M. le professeur Pozzi avait déjà émis cette idée (1) : « Les corps fibreux qui naissent de la portion sus-vaginale du col, à la surface de cette région se trouvent d'emblée dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau des interstices nombreux où ils peuvent se glisser et se développer tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du petit bassin.

C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent ; ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas, pour se mettre en contact immédiat avec la paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Ils débordent souvent sur les côtés, entre les feuillets des ligaments larges qu'ils dédoublent, constituant ainsi une des variétés les plus graves de corps fibreux intra-ligamentaires. Ils peuvent même dépasser cette région et cheminer entre la vessie et l'utérus. » Il est évident que cette pathogénie est possible ; nous connaissons l'existence de fibromes du ligament large complètement séparés de l'utérus ; nous savons aussi que le fibrome utérin sous-péritonéal peut se détacher, devenant libre dans la cavité abdominale. A plus forte raison pourra-t-on admettre qu'un fibrome aberrant du col sera capable de dédoubler la paroi vaginale et de continuer son évolution à ce niveau : dans le cas de DUBAR la tumeur nettement vaginale avait un pédicule qui se prolongeait jusque sur la portion sus-vaginale du col.

De même on a pu voir des fibromyomes des grandes lèvres (fibrome aponévrotique, fibrome périostique, fibromyome du ligament rond), faire plus ou moins sail-

1. Pozzi. *Traité de gynécologie*, p. 238.

lie dans le vagin, au point même de perdre toute connexion avec leur point de départ.

Mais pourquoi vouloir chercher autour du vagin l'origine des tumeurs développées dans cet organe lui-même ? A ce niveau, en effet, nous avons une tunique musculaire formée de fibres musculaires lisses, longitudinales, superficielles dont quelques-unes se continuent en haut, avec les fibres musculaires superficielles de l'utérus, et de fibres circulaires profondes qui se continuent en haut avec la couche musculaire du col utérin. LUCHKA a décrit en outre autour du sphincter lisse du vagin un sphincter formé de fibres musculaires striées. Nous avons ainsi des fibres lisses et striées formant la paroi même du vagin, et qui pourront être le point de départ du fibromyome de cet organe. Dans notre observation, dans l'observation de POTHERAT, malgré une dissection attentive, on n'a pu arriver à trouver une connexion quelconque de la tumeur avec les organes voisins : urètre, vessie, col utérin. N'est-il donc pas logique de conclure qu'elle s'était développée aux dépens du vagin lui-même d'autant plus qu'elle en reproduisait la constitution histologique. Nous devons donc conclure de cette étude anatomique qu'il existe des tumeurs fibro-musculaires, développées aux dépens des parois propres du vagin, qu'il peut, mais bien plus rarement, à côté d'elles se trouver des prolongements venus d'organes voisins mais ayant perdu toute connexion avec eux ; qu'en tout cas, bien que le diagnostic histologique soit le plus souvent impossible on doit décrire seulement sous le nom de tumeurs fibreuses du vagin, les néoformations développées aux dépens des parois propres de cet organe fibro-musculaire.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Les tumeurs du vagin attirent l'attention le plus souvent par leurs signes fonctionnels, qui fixent l'attention et en provoquant un examen, forcent le diagnostic. Comme toutes les tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctivo-musculaire elles doivent avoir une longue période latente.

Et, en effet, nous voyons dans la plupart des observations, qu'on ne trouve la tumeur, que lorsqu'elle a atteint un certain volume : « œuf de pigeon, mandarine. »

L'attention, en dehors des cas où la tumeur très pédiculisée a fait tout à coup saillie à la vulve (BOIVIER, MAC-CLINTOCK), est attirée sur les signes fonctionnels ; ceux-ci seront très variables suivant les cas. Ils consisteront : en phénomènes douloureux, en pertes leucorrhéiques ou hémorragiques, en troubles urinaires.

Les douleurs seront des douleurs de compression ; rarement par sa masse, la tumeur pourra comprimer les nerfs du plexus sacré et déterminer des névralgies sciatiques. Plus souvent il s'agira de sensation de pesanteur dans le petit bassin, sensations qui seront accrues quand la tumeur fera saillie à la vulve, attirant en bas

les parois du vagin. Les écoulements vaginaux peuvent aussi appeler l'attention de la malade. Parfois la sensation de pesanteur est si pénible que la malade est gênée pour marcher (DUBAR). Parfois ce sont des écoulements leucorrhéïques (malade de HOFMOKL). Ils n'existent d'ailleurs pas en général au début de l'évolution de la tumeur. Ce n'est que lorsque celle-ci se sphacèle ou s'œdématie, qu'on voit apparaître ce signe.

Bien plus piquants sont les écoulements sanguins. Il s'agit de métrorragies plutôt que d'augmentation de l'écoulement des règles ; parfois on voit les règles qui avaient cessé chez des femmes, aux environs de la ménopause, réapparaître sous l'influence du fibrome du vagin (cas de POTEL). Quelquefois on a pu incriminer la coexistence d'un fibrome utérin pour expliquer la métrorragie. Mais la cessation des pertes sanguines, après l'ablation du fibrome vaginal prouve bien que c'était à lui qu'était due l'hémorragie (POTEL). Cet écoulement sanguin sera d'ailleurs rarement assez grave pour entraîner la mort de la malade. Mais il pourra par sa répercussion entraîner un état d'anémie assez prononcé.

Les troubles urinaires seront des plus importants et des plus fréquents ; nous avons déjà vu que la paroi antérieure du vagin était le lieu de prédilection du fibrome. On pourra donc avoir tous les troubles fonctionnels dus à l'irritation, ou à la compression du conduit urinaire. En sus de la pollakiurie avec dysurie plus marquée, quand la femme est debout ; en plus de l'incontinence d'urine, parfois la présence de la tumeur déterminera une hémorragie légère, bien que dans ce cas il faille faire des réserves, et se demander s'il ne

s'agit pas plutôt d'un fibrome développé aux dépens de l'urètre. Enfin bien plus rarement de la rétention d'urine, et on cite des cas où la malade a dû se sonder pendant des années (GREENE), et même il existe une observation (HUME) où l'on dut, devant l'impossibilité du cathétérisme, pratiquer la ponction de la vessie. La tumeur siégeant en arrière pourra occasionner des troubles de la défécation, mais exceptionnellement ce signe appellera l'attention sur le fibromyome car il faut que ce dernier ait atteint un certain volume pour apporter un obstacle mécanique à l'issue des matières fécales. Enfin la tumeur par son volume oblitérera plus ou moins le vagin et suscitera des troubles dans le coït qui appelleront l'attention et amèneront la malade à consulter sur les troubles mécaniques dus à la difficulté d'introduction du pénis, ou troubles douloureux pour la femme comme dans notre observation personnelle.

En présence des signes fonctionnels qui attireront l'attention, quels enseignements nous donnera l'examen physique ? Nous nous rappellerons notre classification anatomique en tumeurs sessiles et pédiculées. L'inspection pourra nous donner des renseignements s'il s'agit d'une tumeur à long pédicule, qui n'est plus contenue dans le vagin. Nous verrons donc une masse faisant saillie hors de la vulve ; au début, elle se présentera avec la coloration normale de la muqueuse vaginale, elle sera rosée, lisse, rarement elle présentera à sa surface les saillies transversales des colonnes du vagin. Puis des troubles de circulation vont se faire dans la tumeur et on aura une coloration brunâtre, puis par place, des ulcérations d'où s'écoulera un liquide

louche ou hémorragique, qui prendra bientôt une odeur repoussante. On pourra voir la tumeur tout entière se sphacéler. Le toucher vaginal varie aussi suivant que la tumeur est pédiculée ou sessile. Si elle est pédiculée, on trouve une masse le plus souvent dans l'ancre du vagin; cette masse est arrondie, de consistance ferme, indolore à la pression; on peut la contourner avec le doigt et on sent d'une des deux faces se détacher un pédicule plus ou moins épais, qui va la relier à une des parois du vagin. La tumeur est-elle sessile, le toucher vaginal est plus simple; il montre une masse faisant saillie appliquée contre une des parois de l'organe à laquelle elle adhère. On voit ensuite la situation des autres organes utérins, plus ou moins refoulés, suivant la position de la tumeur; elle se trouve en arrière s'il s'agit d'une tumeur de la face antérieure du vagin, contre le pubis au contraire, si la tumeur s'est développée en arrière. Le cathétérisme de la vessie pratiqué en même temps, permet de voir si cet organe est entraîné par la tumeur, notion importante au point de vue opératoire. L'adhérence à la muqueuse varie suivant les cas. Nous l'avons vue être à peu près complète dans le cas de POTHERAT, et manquer au contraire dans notre observation personnelle. En tout cas, nous pouvons dire que plus la tumeur sera petite, plus elle aura de chances d'être mobile sur la muqueuse sous-jacente.

Enfin, l'examen au spéculum se fait dans le cas de petite tumeur sessile, il montre une saillie sous la muqueuse vaginale, qui peut parfois ne pas être déplissée en cas de tumeur peu volumineuse.

La coloration de la muqueuse est parfaitement normale au moins au début.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de ces tumeurs est assez facile pourvu qu'on y songe ; ce sont les tumeurs les moins fréquentes rencontrées à ce niveau ; ce sera donc en procédant par exclusions qu'on arrivera à les caractériser.

Leurs signes fonctionnels seront d'une infime utilité pour arriver au diagnostic ; ce sont des signes subjectifs propres à toutes les tumeurs quelles qu'elles soient. Les signes physiques nous sont connus. Nous avons vu qu'ils différaient, suivant que la tumeur faisait saillie ou non à la vulve.

Dans le premier cas on éliminera tous les prolapsus quels qu'ils soient, se faisant par l'orifice vulvaire : le prolapsus utérin. Ce sera parfois un diagnostic très délicat ; il suffit de se rappeler que quelques auteurs (BOIVIN, HOMOKL) ont pris la tumeur pour un prolapsus et placé un pessaire, pour voir avec quel soin il faudra analyser les symptômes. Dans les deux cas il y aura saillie à la vulve d'une tumeur rougeâtre, plus ou moins allongée, parfois présentant des ulcérations à

la surface et laissant couler une sanie sanguinolente. Il y a dans les deux cas une muqueuse dépliée, tendue au-devant d'un corps dur, mais on pourra dans le cas de prolapsus utérin arriver sur un orifice qui sera le museau de tanche, et qui mènera dans la cavité utérine. La tumeur se réduira facilement, et, alors par le toucher, combiné au palper, on aura la sensation de l'utérus remis en place.

Dans le cas de tumeur prolabée du vagin, au contraire, la réduction sera difficile ; de plus, si on suit avec le doigt la tumeur jusqu'à son point d'implantation, on voit que celui-ci se fait sur la paroi vaginale ; on trouve en outre l'orifice du col indépendant de la tumeur. L'utérus sera à sa place normale.

La cystocèle, la rectocèle, pourraient à la rigueur en imposer, à un examen rapide. Il suffit de toucher la tumeur pour se rendre compte qu'elle se réduit facilement, pour voir qu'elle est formée par les replis du vagin ; il suffit surtout de placer une sonde dans la vessie ou un doigt dans le rectum pour voir qu'il ne s'agit ici que d'un relâchement dans les parois vaginales.

Ces cas de tumeurs vaginales saillant à la vulve, sont en somme d'un diagnostic assez facile. Il n'en est pas de même pour celles qui sont contenues dans le vagin.

Là encore, une division s'impose suivant que la tumeur est pédiculée ou sessile. Si la tumeur est pédiculée, on fera rapidement le diagnostic. On ne la confondra pas longtemps avec un polype utérin passant par le museau de tanche. Le seul examen direct fera tomber tous les doutes ; l'hypertrophie d'une lèvre du col utérin faisant saillie dans le vagin sera de même facilement différenciée par le toucher, par l'examen au spécu-

lum. De même enfin on ne la confondra pas avec une caroncule myrtilforme, un peu volumineuse.

Le dernier cas est celui où la tumeur est sessile et en général de volume moyen. Nous devons d'abord éliminer les affections qui ne sont pas à proprement parler des affections vaginales telles que kystes séreux ou autres des grandes lèvres, tumeurs solides des grandes lèvres tant fibreuses que muqueuses, pouvant faire saillie dans le vagin en dédoublant plus ou moins sa paroi ; de même nous éliminons les tumeurs peu volumineuses (fibromes périurétraux) qui font saillie à la face antérieure du vagin.

Dans tous les cas il faudra bien avoir soin de voir quel a été le point de départ de la tumeur, dans quel sens elle a évolué, et surtout quelles sont ses connexions actuelles, si elle tient à la grande lèvre, ou à l'urètre.

Le pédicule sera souvent senti ; mais il est des cas où ce sera au cours de l'intervention opératoire qu'on verra s'il existe ou non un point d'implantation extra-vaginal.

Ces tumeurs éliminées, nous arrivons enfin aux tumeurs proprement dites du vagin, qui ne sont pas des tumeurs myo-fibromateuses. Nous avons à éliminer le cancer du vagin, le sarcome et enfin le kyste du vagin.

Le cancer survient chez des femmes sensiblement plus âgées. Les symptômes fonctionnels du début accusent une tendance à être plus marqués, sans cependant avoir un volume diagnostiqué bien considérable. L'examen physique fera seul faire le diagnostic. Au début l'épithélioma sera une petite tumeur développée sous la peau, mais celle-ci ne sera pas mobile sur elle, comme dans le fibrome. L'induration sera plus considérable et s'étendra aux tissus voisins. En tout cas ce sera plu-

tôt une plaque qui doublera le vagin qu'un corps arrondi comme dans les fibromyomes accolés à ses parois. Dès que la tumeur sera retirée, le diagnostic sera plus facile car le fibrome du vagin ne s'ulcère qu'à une période assez avancée de son évolution. Quand le cancer prendra la forme végétante, l'existence de masses bourgeonnantes facilement déchirables sous le doigt, saignant au moindre attouchement, reposant sur une masse indurée, feront faire le diagnostic.

Le sarcome du vagin est bien plus rare que le fibromyome; on pourra y songer s'il s'agit d'un sujet jeune, car on l'a trouvé de préférence chez les enfants. Peut-être à l'inspection devra-t-on porter ce diagnostic, si on trouve une tumeur de volume moyen qui n'est plus ronde comme pour le fibrome, mais qui présente de nombreuses bosselures à sa surface; l'évolution en tout cas est bien plus rapide que celle du fibromyome; aussi, quand on assiste à la marche envahissante d'une tumeur du vagin pensera-t-on plutôt à un sarcome.

Le kyste du vagin, enfin, est un des diagnostics les plus importants à faire; ce sont des tumeurs, dont actuellement tout le monde admet l'origine embryonnaire; ils se développent dans les parois du vagin et provoquent par leur présence les troubles fonctionnels que nous avons trouvés accompagnant les fibromes. Les signes physiques bien étudiés permettent de différencier ces deux affections. Toutes les deux siègent sur la muqueuse qui est dépliée; toutes les deux ont à l'inspection l'aspect d'une tumeur arrondie siégeant sur la paroi vaginale. La muqueuse peut ou non glisser à leur surface; mais le kyste est toujours mobile sur la paroi vaginale sous-jacente, alors que le fibrome

est le plus souvent fixé à cette paroi. La consistance du kyste est mollassse ; on pourra soit par le toucher vaginal simple, soit par le toucher vaginal combiné au toucher rectal obtenir une fluctuation qui ne ressemble en rien à la sensation ferme que donne le fibromyome. Enfin quand les signes seront peu accentués on pourra (COLLARDOT) (1) faire une ponction exploratrice dans la tumeur, et avoir l'évacuation de liquide, dans le cas de cavité kystique.

1. COLLARDOT, Thèse, Paris 1881.

CHAPITRE VI

Complications

Les hémorragies, la dysurie, les troubles de la défécation sont des complications. Nous en avons déjà parlé à propos des symptômes.

On peut encore voir survenir des phénomènes d'infection.

Dans ce cas, la tumeur s'œdématie ; la muqueuse s'ulcère ; des écoulements séreux, puis purulents apparaissent, et la nécrose commence. Bientôt la tumeur est entièrement sphacélée : il y a là un foyer infectieux qui va être le point de départ de complications graves dont la moindre est l'adénite.

Ces phénomènes peuvent apparaître dans plusieurs conditions.

En effet, la tumeur est dans une cavité qui n'est jamais aseptique : la moindre plaie, une érosion de la muqueuse, peuvent être la porte d'entrée de l'infection. A ce sujet, nous rapportons l'observation de M^{me} KASCHÉWAROWA dans laquelle le sphacèle est survenu à la suite d'une biopsie.

Dans d'autres cas, la nécrose peut survenir par insuffisance d'apport sanguin : compression de la tumeur, torsion du pédicule, quand elle est pédiculée.

On conçoit immédiatement que c'est surtout au cours de la grossesse qu'elles présenteront un caractère de gravité ; elles pourront être une cause sérieuse de dystocie.

C'est ce que nous montre, entre plusieurs autres, l'observation de MAC CLINTOCK (in *The Dublin quat. Journ.*, 1862, p. 209).

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, au deuxième mois de sa grossesse, présente à la vulve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, d'une coloration livide, et qui était insérée immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire. Il y avait un écoulement fétide et sanguinolent. Quelques jours après la tumeur est ramollie, noirâtre, mortifiée. MAC CLINTOCK l'excise sous chloroforme. Trois jours après l'écoulement avait presque cessé. La malade rentre chez elle pour revenir trois jours plus tard. Elle se couche dans la journée. Son état est très grave : elle tombe dans la prostration et meurt au bout de trente-quatre heures.

L'utérus était volumineux, sa surface interne était d'une coloration noire, d'une odeur fétide, presque gangréneuse.

Et à ce propos, il est très intéressant d'étudier les rapports de la grossesse avec les tumeurs fibreuses du vagin.

De nombreux traités d'accouchements sont muets à ce sujet (RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, etc...). TARNIER (*Accouchements*, t. II) s'intéresse surtout aux tumeurs des grandes lèvres.

Au cours de la grossesse, la tumeur fibreuse du vagin ne gêne pas le développement de l'utérus, et si cette tumeur reste intacte, si rien ne vient ulcérer la muqueuse qui la recouvre, et créer ainsi une porte d'entrée à l'infection, cette grossesse pourra évoluer jusqu'au terme.

Si, au contraire, se manifestent sous une influence quelconque, des phénomènes de gangrène au niveau du fibrome, on ne tardera pas à voir apparaître du côté de l'utérus des lésions infectieuses dont la gravité est extrême.

Mais au moment du travail, si aucun accident n'est survenu jusque-là, la présence d'une tumeur dans le vagin peut être une cause de dystocie.

Les difficultés de l'accouchement tiennent surtout au volume de la tumeur et à sa fixité. En effet, quand la tumeur est petite ou prolabée au dehors, elle est à peine une gêne.

Si au contraire, elle n'a pas de pédicule, elle rétrécit de tout son volume la filière pelvienne. Il s'ensuit que, dans le cas où elle est volumineuse, elle opposera un obstacle invincible au passage du fœtus.

C'est ainsi que PILLORE dut pratiquer une opération césarienne.

Dans un cas cité par VIRCHOW (*Krankhaft Gesch.*, III, p. 221) une tumeur grosse comme les deux poings siégeait à la partie postérieure du vagin. L'extraction du fœtus donna lieu à des manœuvres qui amenèrent une rupture du vagin, une fracture de la branche descendante du pubis. La malade suppura les jours suivants, et mourut au bout de quatre mois, sans que l'écoulement de pus se soit tari.

Même quand la tumeur est pédiculée, la malade n'est pas à l'abri des complications. Car le pédicule peut être suffisamment comprimé pour que le sphacèle apparaisse rapidement après l'accouchement. C'est ce que nous lisons dans l'observation de PORRO in *Annales de Gynécologie*, 1876, page 72.

Il découle de ces faits que dans tous les cas de tumeur du vagin, il est utile de procéder de bonne heure à l'ablation de cette tumeur, ne serait-ce qu'en raison des accidents qui peuvent survenir au cours d'une grossesse future. D'autant plus que parfois, la grossesse semble donner un coup de fouet à la tumeur, qui prend alors des proportions considérables comme nous le voyons dans le cas de GREMLER (in *Médec. Zeit.*, Berlin, 1843, n° 33).

GREMLER dut enlever chez une femme à terme, une tumeur qui pesait 10 livres 75.

Il paraît évident qu'au moment de la conception, cette tumeur avait un volume beaucoup plus petit.

Enfin, nous dirons un mot des rapports qui peuvent exister entre les cancers et les tumeurs fibreuses du vagin.

Comme les tumeurs fibreuses, les cancers primitifs du vagin sont rares.

On ne cite pas de cas nets de transformation cancéreuse des tumeurs fibreuses.

LABADIE-LAGRAVE et LECUEU parlent bien de fibrosarcome du vagin constitué par la dégénérescence d'un fibrome. Mais cette réflexion n'est pas étayée sur des observations.

On conçoit cependant parfaitement que la transfor-

mation se produise, comme elle se produit au niveau d'autres organes, de l'utérus en particulier.

Des petites tumeurs fibreuses ont passé souvent inaperçues, et n'ont attiré l'attention que le jour où était apparu le cancer.

CHAPITRE VIII

Pronostic.

Quoi qu'il en soit les tumeurs fibreuses du vagin doivent être considérées comme des tumeurs essentiellement bénignes. Si un accident (infection, hémorragie) ne survient pas, elles n'altèrent pas l'état général.

Cependant, en raison de ces accidents mêmes, et vu la gêne qu'elles entraînent pour le coït, la miction, la défécation, l'accouchement, elles nécessitent une intervention.

CHAPITRE IX

Du traitement.

Dans tous les cas, dès que le diagnostic en sera fait, il faudra pratiquer l'ablation de la tumeur.

Cependant le procédé opératoire sera un peu différent suivant qu'on se trouvera en présence :

D'une tumeur pédiculée ;

D'une tumeur sessile ;

D'une tumeur infectée.

1° TUMEUR PÉDICULÉE.

Il ne faudra pas se contenter de sectionner le pédicule.

En effet, la simple section est dangereuse, non pas parce qu'elle entraîne une hémorragie toujours facile à arrêter soit par un fil, soit par une cautérisation ; mais surtout parce que dans le pédicule, a pu s'insinuer un prolongement vésical ou rectal étiré par le développement du néoplasme.

Des cas de prolongements infundibuliformes ont, du reste, été signalés (cas de KLEINWACHTER et de LISFRANC).

Il est évident que dans ces cas, la section amènerait une perforation de la vessie ou du rectum.

Il faut donc disséquer, avec soin, ce pédicule sous la muqueuse vaginale, le poursuivre jusqu'à son point d'implantation et le sectionner en ce point, après l'avoir lié. Il sera toujours facile ensuite d'enfouir le trajet ainsi créé, par une colporrhaphie. Ce procédé a l'avantage de permettre de voir ce qu'on coupe en isolant du pédicule, des tissus qu'on croirait dangereux de sectionner.

Il a aussi le grand avantage d'établir le point de départ de la tumeur. Ainsi il sera possible, comme nous l'avons indiqué à propos du diagnostic, de savoir si la tumeur s'est développée aux dépens des tuniques vaginales, si elle a, au contraire, pris naissance dans l'utérus, si elle a un point de départ urétral.

L'examen histologique permettra du reste ultérieurement, de contrôler le point de départ de la tumeur.

II. — TUMEUR SESSILE.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la tumeur est encapsulée et son énucléation facile ; ou bien la tumeur fait corps avec les tissus voisins : il faut alors sculpter cette tumeur, en ayant soin de ne pas laisser déraiper son instrument qui pourrait blesser l'urètre ou le rectum. C'est ainsi que si l'on a affaire à une tumeur de la paroi postérieure du vagin, une bonne précaution consistera à mettre l'index gauche dans le rectum : cet index servira de guide.

De même si l'on se rapproche de l'urètre on pourra

éviter sa blessure en mettant au préalable une sonde dans ce canal.

Mais dans l'un et l'autre cas, quand on a affaire à une tumeur sessile, il faudra rechercher de parti pris si cette tumeur n'a pas un pédicule profond qui la rattacherait à un organe voisin.

La tumeur étant enlevée, on pourra se contenter d'un simple tamponnement vaginal serré, pour arrêter l'hémorragie. Mieux vaudrait, nous semble-t-il, suturer les lèvres de la plaie et faire de la compression, par exemple, suivant le procédé du D^r GUINARD, qui consiste à placer deux rouleaux de gaze de chaque côté de la ligne de suture, et à nouer solidement par-dessus, deux fils passés profondément. Ainsi la compression est énergique et s'exerce sur les vaisseaux profonds.

III. — LA TUMEUR EST INFECTÉE.

Dans ce cas, il faut l'enlever sans chercher de réunion immédiate ; la curette rend de grands services, entraînant tout ce qui est sphacélé — ou bien laisser ensuite la plaie largement ouverte.

On désinfecte au moyen d'antiseptiques énergiques.

Ces soins devront être particulièrement scrupuleux, s'il s'agit d'une femme en état de grossesse, chez qui la moindre infection peut entraîner les accidents les plus graves.

CHAPITRE X

Observation I (résumée).

M^{me} KASCHEWAROWA (*Arch. f. path. anat.* Berlin, 1872).

Jeune fille de 15 ans, forte, de taille moyenne, non réglée, se présente à la clinique du professeur LEIFFERT, de Prague, pour des douleurs dans le bas ventre, accentuées surtout au moment de la miction. A l'examen, on trouve une tumeur insérée sur la paroi antérieure du vagin par un pédicule assez mince.

Opération très simple, pas d'hémorragie : dix jours après, la malade complètement guérie est renvoyée chez elle. Elle revient six semaines après et est examinée par M^{me} KASCHEWAROWA.

L'état général est très bon ; l'examen des organes génitaux donne les résultats suivants : les parties extérieures sont imparfaitement développées et ne sont pas encore recouvertes de poils. L'utérus est normal, la muqueuse vaginale est rouge. A la paroi antérieure, s'insère, par un pédicule assez large, une tumeur grosse comme un œuf, bosselée. Sa consistance est spongieuse, mollassse, au point qu'on peut en détacher des fragments avec les doigts, non sans provoquer de douleurs. La tumeur était sous-muqueuse, avait la couleur du saumon et contenait peu de sang.

La tumeur grossit rapidement. Le professeur LEIFFERT en

enlève un fragment du volume d'un œuf et le donne à examiner à l'auteur. La plaie vaginale s'infecte, la malade a de la fièvre, avec symptômes de pelvi-péritonite. La tumeur s'enflamme, augmente de volume, se nécrose en partie. La malade meurt peu de temps après.

L'examen microscopique montre que la tumeur est riche en éléments cellulaires. Ces éléments sont de plusieurs sortes :

1° On trouve des cellules rondes formées d'un protoplasma trouble, sans enveloppe, contenant un ou deux noyaux volumineux ;

2° Beaucoup de vaisseaux capillaires entourés d'un tissu intercellulaire ;

3° Des cellules longues, étoilées, formant des paquets enchevêtrés ; un réseau assez épais de tissu offrant les réactions de la mucine. Enfin presque toutes les préparations montraient au milieu de ce tissu connectif myxomateux, des cellules très différentes. Les cellules allongées présentaient des stries formées par des lignes parallèles du protoplasma ; la longueur de ces lignes était variable et souvent elles étaient aussi longues que la cellule elle-même. Il suffisait d'examiner les cellules pour voir à quel type elles appartenaient ; c'est-à-dire au type musculaire strié et que les stries observées, n'étaient autre chose que des fibrilles encore mal développées.

Observation II

(In *Annales de gynécologie* 1876 (PORRO).

Fibro myome utérin siégeant dans la cloison vésico-vaginale ; obstacles à l'accouchement ; issue spontanée de la tumeur à l'extérieur ; son énucléation artificielle par le Dr EDOARDO PORRO.

Il s'agit donc d'une primipare de 26 ans, sans antécédents

héréditaires et d'une excellente santé habituelle, entrée le 11 octobre à la Maternité de Milan.

Grossesse sans accident. Un mois auparavant, à huit jours d'intervalle, elle eut deux fois un écoulement sanguin assez abondant par le vagin, mais sans phénomènes graves. Le 11 octobre, à minuit, commencement du travail.

L'examen fait par le Dr PORRO révèle les particularités suivantes : bassin bien conformé, utérus en obliquité antéro-latérale droite, contractions rapprochées, longues, très énergiques ; poulx fœtal faible, irrégulier, très fréquent ; en bas à gauche, écoulement de liquide amniotique teinté de méconium ; vagin très sensible, urètre très gros, gonflé, ne pouvant pas être suivi jusqu'à la partie supérieure de la symphyse, parce que derrière celle-ci, est une tumeur lisse, de consistance fibreuse, occupant toute la partie antérieure, le côté droit et une partie du côté gauche du bassin. Le doigt porté en arrière, vers la concavité du sacrum, atteint le bord antérieur de l'orifice dilaté de 6 centimètres environ et au niveau duquel est la tête du fœtus probablement en O.I.G.A.

La femme n'ayant pas uriné depuis plusieurs heures, la sonde, pour pénétrer dans la vessie, dut vaincre une certaine résistance et monter verticalement, l'urètre étant repoussé contre la symphyse.

Cette exploration montra que la tumeur n'était pas une cystocèle vaginale ; la palpation abdominale ne permit pas de limiter la tumeur, vu la rigidité des parois. La fermeté, le volume et le peu de sensibilité de la tumeur font repousser l'idée d'une épiplocèle ou d'une entérocele.

Ce n'était pas non plus un kyste de l'ovaire engagé dans le bassin, non plus qu'une tumeur faisant saillie hors de la cavité utérine, car l'orifice du col était entièrement libre et régulier.

L'accoucheur songe à une tumeur fibreuse de la paroi anté-

rieure et inférieure de l'utérus, engagée dans l'excavation au moment du travail, et rendue immobile par la compression de la tête fœtale et le spasme de la paroi abdominale.

Vu le bon état général de la malade, on attend. A 9 h. 1/2 la tumeur fait saillie hors de la vulve, au niveau de la commissure antérieure, et ressemble à une tête de fœtus.

Les contractions se maintenant énergiques, la tumeur sort tout entière et reste fixée solidement à la commissure antérieure et à l'arcade pubienne.

La tête ne tarde pas à sortir, sans même accomplir la rotation intérieure, et se dégage en occipito-iliaque gauche transversale, le tronc suit et l'accouchement est terminé à 10 h. 1/4.

L'enfant, mort depuis peu, pèse 1840 grammes et semble à peine à la fin du huitième mois, ou au commencement du neuvième.

La tumeur est relevée au moyen de compresses, pour laisser libre l'orifice vulvaire; sa surface est luisante, rouge-brun avec des taches ecchymotiques ardoisées; sa consistance fibro-cartilagineuse, fluctuante cependant en quelques points.

Elle a la forme d'un fœtus, son diamètre antéro-postérieur est de 0 m. 104, le transversal 0 m. 09, sa circonférence de 0 m. 324.

Par le toucher, on trouve la paroi postérieure du vagin normale, tandis que l'antérieure est tirillée, dure et semble présenter un pédicule reliant la tumeur à la portion antéro-inférieure externe du col, dont l'orifice avons-nous dit, était libre et régulier. Le méat est attiré en bas et en avant; avec la sonde, on crut reconnaître, à travers la paroi postérieure de la vessie, le pédicule de la tumeur.

Le surlendemain, la tumeur ayant notablement diminué de volume, on reconnut qu'elle était recouverte par la muqueuse

vaginale dont on voyait les plis, et on s'assure de nouveau qu'elle ne provient pas de l'intérieur de l'utérus.

Un examen approfondi montre que la tumeur a dû se trouver primitivement en arrière de la vessie, au-dessous du péritoine, au-dessus du vagin et en avant de l'utérus, et le diagnostic définitif fut : *fibrome utérin pédiculé*.

La muqueuse vaginale distendue par la tumeur, commençait à se gangréner, et l'opération fut pratiquée. On fit deux incisions courbes sur la ligne médiane, la muqueuse fut disséquée et la tumeur, qu'aucun pédicule, aucune adhérence ne reliait à l'utérus, fut facilement énuclée. Elle pesait 332 grammes, sa circonférence était de 0 m. 284.

Au microscope, on trouva les caractères d'un fibro-myome.

Suites de couches normales ; injections chlorurées dans le vagin ; les lambeaux de la muqueuse se gangrènent partiellement ; poudre de quinquina, lavage au sulfite de soude.

Les eschares tombent et les lambeaux se cicatrisent peu à peu, on les repousse dans le vagin. Le 28 octobre, quinze jours après l'opération, la malade quitte la Maternité à peu près guérie.

Le 7 novembre, la guérison est complète ; seulement la paroi antérieure du vagin tend à faire hernie lorsque la femme a beaucoup marché.

Le Dr Porro fait suivre cette observation intéressante et presque unique, quant au siège de la tumeur et à la façon dont la nature vint seule à bout de l'accouchement, de très longues considérations que nous ne pouvons reproduire.

Observation III

Fibrome du vagin simulant un kyste. Ablation. Guérison.
Thèse de Collardot. Paris, 1881.

M^{me} V..., âgée de 41 ans, se présente à la Pitié dans le service de M. POLAILLON suppléé par le D^r TERRILLON. Cette femme éprouve dans la partie profonde du vagin, des douleurs assez vives pendant le coït et même au moment des règles. Elle se plaint également d'éprouver une certaine gêne de la miction. Quand on l'examine, on constate qu'il existe à la portion antérieure du vagin, une tumeur qui correspond à peu près à l'origine du col vésical. Elle a la grosseur d'un œuf de pigeon ; elle est plutôt molle mais ne donne pas néanmoins la sensation d'une fluctuation évidente. Sa présence gêne un peu l'introduction d'une sonde dans l'urètre. L'examen au spéculum ne fait constater aucune altération de la muqueuse qui paraît seulement à ce niveau un peu violacée. En présence de cette tumeur, on pouvait hésiter au point de vue du diagnostic entre un kyste à parois rigides et tendues, et une tumeur fibreuse ou fibroplastique. La constitution de quelques légères bosselures à la surface de la tumeur, sa consistance, permettaient de supposer plutôt l'existence d'une tumeur solide. Une ponction exploratrice avec une aiguille assez grosse et un aspirateur, permet de constater qu'on avait affaire à une masse solide, car la pointe de l'aiguille enfoncée, ne présentait aucune mobilité, et on ne retire que quelques gouttes de sang. L'opération fut décidée et pratiquée de la manière suivante :

La malade endormie, couchée et placée comme pour une opération de fistule vésico-vaginale, on éclaire et dilate le vagin à l'aide du spéculum de Bozeman. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la portion saillante de la tumeur.

La muqueuse et le tissu sous-muqueux étant incisés, il s'écoule une certaine quantité de sang facilement arrêtée avec des pinces à forci-pressure. La surface de la tumeur nettement constatée, on peut, au moyen d'une sonde cannelée, d'une spatule, et en s'aidant des doigts, déchirer les adhérences qui l'unissaient à la cavité qu'elle s'était creusée dans l'épaisseur de la paroi vaginale.

La tumeur fut ainsi énucléée avec quelques difficultés, mais surtout avec cette particularité déjà signalée par les auteurs, qu'il y eut une hémorragie en nappe très abondante, venant des vaisseaux qui se trouvaient dans les tractus fibreux dilacérés par l'arrachement.

L'application de sept à huit pinces hémostatiques fut nécessaire, pour arrêter l'hémorragie.

Quelques heures après l'opération, on enleva la moitié des pinces et le soir il y eut une hémorragie assez forte qui nécessita le tamponnement du vagin.

L'hémostase se fit vite; il n'y eut plus d'autres complications. La suppuration, la granulation se firent normalement. La guérison eut lieu au bout de trois semaines.

Observation IV

(TÉDENAT) (résumée)

in *thèse* ROCHEBLAVE. Montpellier, 1884.

Une femme a une tumeur du volume d'une mandarine, fixée à la partie moyenne de la face antérieure du vagin, par un pédicule très court ayant l'épaisseur du pouce. La malade s'en est aperçu il y a trois ans. La tumeur avait alors les dimensions d'une noix; jamais de douleurs, mictions fréquentes, leucorrhée :

le professeur Valette en fit l'ablation au moyen de l'écraseur linéaire ; pas d'hémorragie, guérison rapide.

La tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale non modifiée. Sur une coupe médiane faite dans l'axe du pédicule, elle se montre composée de plusieurs nodules formés de fibres rouges ondulées. Le tissu est plus lâche dans les espaces intranodulaires, où à la coupe on voit facilement, des sinus veineux. Dans le pédicule, quelques vaisseaux sont situés immédiatement au-dessous du revêtement muqueux.

L'examen microscopique montre les nodules composés uniquement de fibres musculaires à leur partie centrale. A la périphérie, se joignent des fibres connectives, et des corps fusiformes. Entre les nodules, les éléments connectifs prédominent et autour des vaisseaux forment des gaines lâches, constituées par des faisceaux ondulés entre lesquels existent des cellules arrondies et allongées. Les fibres musculaires sont très volumineuses, et quelques-unes présentent une structure très nette et comparable à celle des fibres utérines vers la fin de la grossesse.

Observation V (résumée).

POPOFF, *Société de médecine et de chirurgie de Saint Pétersbourg*, 4 novembre 1886.

La malade, femme de 44 ans, se présente à la clinique du professeur LEBEDEFF avec une tumeur datant de huit ans. Elle est fixée à la paroi antérieure du vagin par un large pédicule mobile avec la paroi ; son volume est celui d'une grosse mandarine, sa surface lisse ; les organes génitaux internes sont normaux ; la tumeur est excisée et la plaie guérit par première intention.

L'examen histologique confirme le diagnostic de fibromyome pauvre en vaisseaux sanguins, mais très riche en lymphatiques.

Observation VI (résumée).

HOFMOKL. *Wien med. Presse*, 1891, p. 1229.

Femme de 49 ans ; a eu il y a quinze ans une adénite suppurée de l'aine gauche. En 1883 prolapsus du vagin pour lequel elle porta un pessaire jusqu'en 1890.

Se présente le 3 juin 1891, pour un écoulement du vagin. A l'examen, on trouve à 5 centimètres au-dessus du vestibule du vagin resté normal, une tumeur de la dimension d'une tête d'enfant, dépendant de la paroi antérieure du vagin. La tumeur est rouge, couverte par la muqueuse lisse, au-dessus de laquelle, on voit un grand nombre de veines dilatées ; résistante et presque fluctuante.

L'utérus ne peut être atteint ; la vessie paraît déplacée en haut. Le toucher rectal et l'exploration bimanuelle ne fournissent aucun renseignement.

Après une ponction exploratrice qui donne issue à du sang pur, et après incision de la tumeur, on pénètre dans une cavité des dimensions d'une noix, inégale, rugueuse, cloisonnée.

L'examen microscopique d'une parcelle montre la présence du tissu fibreux, des cellules fusiformes ressemblant à des faisceaux musculaires lisses, et des cellules étoilées. Diagnostic : fibromyome de la paroi antérieure du vagin. Application d'une ligature élastique, sur le pédicule de la tumeur qui se détache au cinquième jour.

Guérison.

Observation VII (DUBAR).

IN POTEL. *Revue de gynécologie*, 1903, p. 404.

M^{me} X..., 36 ans, éprouve depuis environ deux ans, une pesanteur à l'entrée du vagin. Depuis quelques mois, cette sensation a beaucoup augmenté. La marche est devenue pénible, difficile. De plus elle éprouve une grande gêne pour uriner ; elle est obligée de faire des efforts considérables, et la miction n'a lieu qu'à plusieurs reprises et par jets interrompus. Généralement bien réglée, elle déclare qu'il y a cinq ans, elle a eu à diverses reprises, des règles beaucoup plus abondantes et plus longues que d'ordinaire.

Ces phénomènes ont duré des mois, puis tout est rentré dans l'ordre.

En l'examinant, on aperçoit, faisant saillie entre les grandes lèvres, une tumeur, qui sous l'influence d'un effort ou d'une traction, est amenée en grande partie hors de la vulve. Cette tumeur peut avoir le volume d'un gros œuf de poule ; elle est recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, très distendue, et adhère intimement à la vessie qui est entraînée avec elle, ce qu'on reconnaît en plaçant une sonde dans cet organe.

Lorsque la tumeur est attirée au dehors, on sent immédiatement au-dessus d'elle le corps de l'utérus fortement abaissé et qui paraît relié à la tumeur par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie. La consistance de cette tumeur est ferme, fibreuse, elle est insensible à la pression. D'ailleurs aucun retentissement sur l'état général ; la malade est seulement devenue depuis quelque temps très nerveuse. Je porte comme diagnostic : fibrome de la paroi antérieure du vagin, développé entre la muqueuse vaginale et la vessie.

L'extirpation proposée est acceptée. Incision médiane de la paroi vaginale antérieure, allant du col utérin jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire. Dissection facile de toute la face inférieure de la tumeur.

Difficulté assez grande pour séparer en avant, la tumeur, de la vessie à laquelle elle adhère intimement.

En haut dissection d'un cordon fibreux qui s'étend jusqu'à la portion sus-vaginale du col et qui paraît s'y insérer.

La tumeur enlevée a le volume d'un gros œuf de poule. Sur une coupe elle est blanc rosé, d'aspect fibreux.

L'examen pathologique montre qu'elle est composée de fibres musculaires lisses, entrecroisées en tous sens, et présentant sous la réaction du picro-carmin, une teinte rouge acajou caractéristique ; c'est un noyau fixé, avec une enveloppe fibreuse.

Le cordon qui la rattachait au col de l'utérus est formé par du tissu fibreux.

Il s'agissait d'un myome développé primitivement dans la portion sus-vaginale du col utérin et qui peu à peu était descendu, dédoublant la paroi antérieure du vagin.

Les suites opératoires furent très simples. Réunion par première intention de la presque totalité de la plaie. La suture avait manqué au niveau d'un crin de Florence vers le milieu de la plaie. Au bout de dix jours, je constate l'existence d'une fistulette qui donne quelques gouttes d'urine. Cette fistule est avivée, ses bords réunis par trois points de suture au fil d'argent et obliterée.

Observation VIII (*in extenso*).

POTEL. *Revue de Gynécologie*, p. 405.

Marie D..., célibataire, 48 ans, se présente à notre consultation pour des métrorrhagies et des troubles de la miction. Ces

troubles ne datent que de quelques années. Jusqu'à l'âge de 43 ans, la malade n'a présenté aucune manifestation morbide de la zone génito-urinaire. Elle est réglée très régulièrement quatre jours par mois. A cette époque, ses règles disparaissent, avec uniquement quelques signes habituels à la ménopause : bouffées de chaleur, etc. Rien de particulier à noter pendant trois ans.

Il y a deux ans la malade fut fort étonnée de voir « ses règles » reparaitre, mais il s'agissait d'un écoulement séro-sanguinolent sans couleur franchement hémorragique. Cet écoulement apparaît d'abord tous les mois, durant deux ou trois jours, puis la malade vit ses pertes augmenter d'abord de durée, ensuite de fréquence. Un an après le début de cet accident, l'écoulement revenait tous les quinze jours. Ces phénomènes d'ailleurs, loin de s'amender, allèrent en progressant et depuis trois mois l'écoulement de liquide, très sanguinolent, n'a point cessé. En même temps que ces pertes de sang, apparaissent des troubles de la miction ; d'abord de la pollakiurie, puis de la dysurie. La malade devait uriner fréquemment et chaque fois elle devait faire des efforts prolongés, pour faire sortir l'urine ; mais la miction une fois commencée durait cinq minutes et plus, par petite quantité ; la malade urinait en marchant « more avis » suivant sa propre comparaison. En même temps, la malade souffre d'une sorte de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre.

EXAMEN. — L'hymen est intact et admet difficilement l'index. Dès l'entrée du vagin, le doigt est refoulé vers la gauche, par une tumeur volumineuse occupant le côté droit du vagin, recouverte de la muqueuse non ulcérée, complètement sessile. Cette tumeur est solide ; on ne sent pas de fluctuation, autant du moins que l'on peut s'en rendre compte avec un seul doigt. En poussant l'exploration plus profondément, le doigt arrive avec beaucoup de peine, au niveau du cul-de-sac latéral droit, à

dépasser la limite supérieure de la tumeur. Le col de l'utérus est petit, conique. On perçoit au bout du doigt, sur la face antérieure de l'utérus, une petite nodosité, grosse comme une noisette, et qui semble être un fibrome utérin. Par le palper bimanuel très difficile, en raison de la persistance de l'hymen d'une part, et de l'épaisseur de la paroi abdominale d'autre part, il semble que l'utérus est peu augmenté de volume.

Il est impossible de songer, ni à mettre un spéculum, ni à pratiquer l'hystérométrie. Je fis le diagnostic de tumeurs fibreuses de l'utérus et du vagin, la tumeur vaginale étant de beaucoup la plus importante et la cause de la plupart des troubles présentés par la malade.

Aussi je proposai à la malade, de la débarrasser d'abord de sa tumeur vaginale, quitte plus tard à lui enlever son utérus fibromateux si l'indication s'en imposait.

L'intervention fut pratiquée en août 1902. Chloroforme. Je pratiquai d'abord la dilatation rapide de la vulve et du vagin ; je pus ainsi placer une valve inférieure et mettre en vue la tumeur.

Je pratiquai une incision longitudinale d'arrière en avant, parallèle à l'axe du vagin, intéressant toute la muqueuse. La dissection de la partie antérieure visible, s'opéra facilement ; mais pour les parties profondes, il fallut abandonner tout instrument, à cause de l'étroitesse du vagin.

J'amarrai alors une forte pince à préhension et avec l'index droit, je décortiquai peu à peu toute la tumeur qui finit par s'énucléer en entier.

Je profitai de la brèche pour examiner l'utérus ; il existe un petit fibrome à peine gros comme une noisette sur la paroi antérieure de l'utérus, mais la matrice n'est guère augmentée de volume.

L'hystéro-métrie donne 7 centimètres. La plaie saignait un

peu. Comme les bords de la plaie s'accolaient d'eux-mêmes, je jugeai inutile de mettre des sutures et me contentai de faire un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent des plus simples. Il n'y eut ni fièvre, ni suppuration, ni hémorragie. La malade était guérie quinze jours après l'opération.

La tumeur enlevée a le volume du poing. Elle est blanc rosé, d'une consistance uniforme, formée de faisceaux charnus enchevêtrés.

L'examen histologique montre que la tumeur est uniquement composée de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses, entrelacées. Les vaisseaux sont peu abondants; il s'agit en somme d'un fibromyome ne présentant dans sa structure, rien de particulier.

Depuis l'intervention, l'écoulement sanguin a totalement disparu.

J'ai revu la malade six mois après l'opération. Elle n'a plus perdu de sang. Le petit fibrome utérin n'a point grossi. L'utérus paraît même diminué de volume.

Observation IX (POTHERAT).

Société de chirurgie, 1906. Séance du 11 juillet.

Présentation d'une tumeur solide du vagin.

Cette tumeur qui a une forme rappelant assez exactement celle d'un rein, mesure 0 m. 14 de long; 0 m. 10 de large; 0 m. 05 d'épaisseur.

Elle est un peu lobulée à sa surface, ce qui lui donne plus de ressemblance avec un rein atteint d'hypertrophie totale. Son poids est de 325 grammes. La consistance de cette tumeur est

homogène, partout la même, molle, presque fluctuante; et avant l'opération, on avait pu croire à une tumeur réellement fluctuante.

L'erreur était d'autant plus facile qu'il fallait explorer cette tumeur au fond du vagin.

Cette tumeur était sous-muqueuse, adhérente à la muqueuse qui la recouvrait sur la presque totalité de son étendue. Elle était sessile, mais pédiculisable, et insérée sur la paroi antérieure du vagin, au-dessous et en arrière de la symphyse pubienne, un peu sur la droite du canal de l'urètre.

Indépendante de la vessie, de l'urètre et de l'utérus, elle s'étendait depuis le col utérin, distincte et nettement indépendante jusqu'à quelques millimètres du méat urétral. Elle fut très facilement énucléée à l'aide du doigt, après incision de la muqueuse vaginale, à la périphérie de la tumeur près de son insertion, grâce à un tissu cellulaire lâche qui la séparait des tissus circonvoisins et dans lequel cheminaient les vaisseaux servant à la nutrition de la tumeur ; vaisseaux d'ailleurs peu importants, car ils n'ont nécessité aucune ligature, leur déchirure ayant suffi à amener l'hémostase.

Je fis un léger capitonnage du fond de la cavité d'insertion de la tumeur, par-dessus laquelle je réunis complètement la muqueuse vaginale.

A la coupe, cette tumeur a un aspect charnu, homogène, sans aucun point d'aspect macroscopique différent à la vue ou au toucher. Il semble bien qu'il s'agisse d'un myome, d'un fibromyome ou d'un sarcome globo-cellulaire ; toutefois le microscope seul pourra nous fixer sur ce point.

L'histoire clinique de cette tumeur est assez obscure. Cette malade a été opérée (il y a quatre ans), pour un prolapsus de l'utérus, nous dit-elle ; effectivement, depuis six mois auparavant une grosseur lui sortait du vagin, quand elle faisait un effort,

pendant la défécation, grosseur qu'elle faisait réduire par son médecin.

On lui fit une hystéropexie, mais au bout de six semaines, l'utérus était retombé, dit-elle ; on fit une nouvelle laparotomie avec drainage cette fois, mais le prolapsus se reproduisit encore.

C'est ce qu'elle raconte ; son opérateur me dit lui avoir pratiqué une hystéropexie pour rétroflexion, et n'avoir constaté une tumeur vaginale, du volume d'une mandarine, qu'assez longtemps après.

Toujours est-il que depuis trois ans, deux ans surtout, la malade perdait constamment de l'eau sale, du sang, des matières puriformes, sans toutefois éprouver de douleurs. Les règles se font normalement ; du moins il y a périodiquement des pertes de sang plus abondantes.

Il ne sort jamais plus de masse au dehors, mais la canule à injection butte de suite, contre quelque chose qui s'oppose à sa pénétration. Pas de troubles urinaires ni rectaux.

A l'examen, le ventre est normal ; il y a, sur la ligne médiane, une cicatrice des laparotomies antérieures. Au toucher, on sent de suite une énorme tumeur puriforme, régulière, lisse, à grosse extrémité intra-vaginale, à petite extrémité tournée en haut.

Le doigt fait aisément le tour de la tumeur, il s'écoule, en abondance, un liquide sanieux, puriforme et hémorragique, sans trop mauvaise odeur.

L'idée qui venait de suite à l'esprit était qu'il s'agissait là d'un polype utérin. Il était toutefois important d'arriver au pédicule ; ce ne fut pas chose facile, vous le concevez ; la tumeur était grosse, et l'utérus haut situé, grâce à l'hystéropexie antérieure. Je pus parvenir cependant au fond du vagin, et je sentis un col petit, rond, virginal, absolument sain.

Quant au pédicule de la tumeur, il était inséré sur la paroi

antérieure du vagin, en avant et un peu à droite du col utérin et jusqu'auprès de l'orifice vulvaire.

Ce ne pouvait évidemment pas être là un polype utérin; qu'était-ce ?

Cela n'avait ni l'aspect, ni la consistance, ni le volume habituel d'un kyste du vagin. Le cathétérisme urétral montrait que la vessie se portait en haut et à gauche ; elle était indépendante de la tumeur : ce ne pouvait donc être là un diverticule de ce réservoir.

Le diagnostic restait donc obscur, mais l'indication était formelle d'intervenir. J'y procédai, de la manière que je vous ai rapportée plus haut, sans difficultés. En quelques minutes la tumeur que j'avais d'abord accouchée hors du vagin, était énucléée.

Les tumeurs solides de cette région, avec une semblable évolution, sont exceptionnelles ; c'est la première fois que j'observe personnellement, un cas de cette nature.

Observation X

Société de Chirurgie 1906. Séance du 25 juillet. M. POTHERAT.

Dans la séance du 11 juillet dernier, je vous ai présenté, Messieurs, une tumeur volumineuse, intravaginale que j'avais extirpée le matin même.

Je vous ai promis de vous faire connaître le résultat de l'examen histologique. Cet examen a été pratiqué par mon interne, M. BONVOISIN, et par M. FIESSINGER, interne de mon collègue de Broussais, M. OETTINGER.

Il nous montre sur les préparations microscopiques, un abondant tissu conjonctif adulte infiltré d'une grande quantité d'é-

léments embryonnaires, disséminés partout, mais plus abondants à mesure que l'on se rapproche de la surface libre de la tumeur. Il ne s'agit donc ni d'un fibromyome, ni d'un myome.

Je rappelle que cette tumeur recouverte par la muqueuse vaginale soulevée et adhérente, voire même ulcérée sur la portion libre dans le canal vaginal, prenait son origine dans l'épaisseur de la paroi intérieure du vagin, à droite du canal de l'urètre, vis-à-vis de la symphyse pubienne, dont elle était absolument indépendante. J'ajoute, pour répondre à l'idée qui pourrait se produire, qu'il s'agit là d'une tumeur venue des parois internes et séparée secondairement de celles-ci, que la tumeur n'avait aucune connexion, même musculaire, avec l'utérus, et que le Dr FERRAND, de Rennes, qui, il a quatre ans, avait pratiqué chez cette jeune femme, l'hystéropexie pour rétroversion utérine et auquel j'avais demandé des renseignements, n'avait, au cours de son opération, constaté aucune tumeur ni vaginale, ni utérine, ni annexielle, même petite.

Par son siège, par son origine, par sa nature histologique, la tumeur que je vous ai présentée, n'appartient donc pas à l'utérus. C'est bien une tumeur du vagin lui-même. »

Observation XI

Société de chirurgie, 17 octobre 1906.

Polype fibreux de l'utérus. Fibrome de la paroi antérieure du vagin (M. Routier).

Il y a quelque temps, notre collègue POTHERAT, nous apportait une tumeur du vagin, sur la nature et les connexions de laquelle il planait un grand vague.

Plusieurs d'entre nous ont alors parlé du fibrome possible du vagin.

Je vous apporte aujourd'hui, un bel exemple de fibrome du vagin, coïncidant avec un polype fibreux de l'utérus :

« M^{me} M^{***}, âgée de 48 ans, m'est adressée par un de mes confrères, pour des pertes de sang qui l'ont réduite à un état vraiment inquiétant. Elle est pâle, jaune, exsangue.

On sent, dans le vagin, un gros polype fibreux procident, et, aussi dans la paroi antérieure, sur la gauche, une tumeur sous-muqueuse grosse comme une noix.

L'état de la malade est tel, qu'au premier abord je me demande si c'est du fibrome pur, et s'il n'y a pas coïncidence de cancer.

Le 12. — J'enlève un polype fibreux, par morcellement vu son gros volume, puis j'incise la muqueuse vaginale au niveau de la tumeur, et j'énuclée un fibrome gros comme une noix ; un point de suture ferme cette plaie. »

Observation XII

Société de chirurgie, 1906. Séance du 24 octobre
Sur les tumeurs du vagin.

M. Potherat s'étonne que M. Routier se soit exprimé en ces termes au sujet de sa communication des 11-25 juillet, qu'il avait faite avec beaucoup de détails. Il ajoute :

« En ce qui concerne le cas actuel de ROUTIER, il ne nous dit pas s'il s'agit d'un fibrome vrai, pur, ou d'un fibromyome.

Rien d'étonnant, en effet, à ce qu'on observe des fibromyomes dans les parois vaginales.

J'en ai moi-même observé un cas, où la tumeur, grosse comme une mandarine, siégeait dans la cloison recto-vaginale.

Les parois du vagin contiennent des fibres musculaires lisses, et, en principe au moins, partout où il y a des fibres musculai-

res lisses, on peut observer des fibromyomes; on en trouve jusque dans les parois de l'intestin. Mais je crois que les fibromes vrais, purs, si tant est qu'on les observe dans les parois du vagin, sont d'une extrême rareté.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs solides du vagin sont assez rares pour mériter d'être signalées, et celle, en particulier, que je vous ai présentée en juillet était, je crois, suffisamment digne d'intérêt, par son volume, par les accidents qu'elle déterminait et par sa nature histologique.»

Observation XIII (inédite).

Augustine P..., 29 ans.

Entrée dans le service de M. GUINARD, le 27 avril 1907.

A la suite d'un accouchement qui remonte à huit ans, la malade s'est aperçue qu'elle avait dans la paroi gauche du vagin, près de la fourchette, une tumeur, grosse comme une noisette, qui roulait sous le doigt.

Depuis, cette tumeur a augmenté de volume, et, comme elle gêne la patiente, surtout au moment du coït, celle-ci se décide à la faire enlever.

Quand on l'examine, on trouve faisant saillie à la partie inférieure de la grande lèvre gauche, et semblant occuper la région de la glande de Bartholin, une tumeur grosse comme une petite orange. Les muqueuses, vaginale et vulvaire, ne sont point altérées à son niveau: elles glissent facilement sur la tumeur dont la consistance généralement molle sans être dure, est cependant ferme par endroits. Les limites sont régulières et nettes; cependant, le doigt introduit dans le vagin, sent en un point une sorte de cordon, comme un pédicule qui se détacherait de la tumeur. Mais ce cordon ne se dirige pas du côté du

col. Entre le col et la tumeur, la paroi utérine est au contraire souple et libre. Libres aussi sont les culs-de-sac.

Le col est conique et fermé. L'utérus peu volumineux ne présente pas trace de fibrome. Il est juste du reste de dire que les règles ont toujours été d'une régularité parfaite.

Le doigt ne sent pas davantage un pédicule qui se dirigerait vers l'urètre. En présence de ces symptômes et étant donné les caractères de la tumeur qui n'est pas fluctuante, qui n'est pas douloureuse, on porte le diagnostic de tumeur solide du vagin.

27 avril.

ABLATION DE LA TUMEUR

L'énucléation ne présente aucune difficulté. On ne trouve aucun pédicule, pas plus vers l'urètre que vers l'utérus, le ligament rond ou le canal de Nuck.

EXAMEN DE LA PIÈCE

La pièce est confiée à M. le professeur CORNIL dont nous transcrivons exactement la note, par lui remise à M. le Dr GUINARD.

« Cette tumeur volumineuse comme une mandarine environ, est bosselée, un peu semi-transparente. Sur une surface de section elle ne présente pas de suc, et elle montre une apparence fasciculée avec des faisceaux longitudinaux séparant des ilots qui ne sont autre chose que des faisceaux coupés en travers.

Sur les coupes examinées au microscope, ces faisceaux ne sont autres que des fibres musculaires lisses, sectionnés en long ou

en travers. Les cellules musculaires sont volumineuses, très longues et elles possèdent des noyaux ovoïdes plus gros qu'à l'état normal. Souvent dans une cellule musculaire on a deux noyaux bout à bout, ou un noyau très allongé, en voie de division directe.

Les faisceaux de fibres lisses sont séparés par du tissu conjonctif vascularisé. Il s'agit donc d'un noyau développé dans la paroi fibro-musculaire du vagin. »

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs fibro-musculaires du vagin sont rares.

2° Bien qu'il existe des tumeurs venues des organes voisins (urètre, utérus, grandes lèvres), on trouve le plus souvent des fibromyomes primitifs du vagin.

3° Comme constitution histologique elles ressemblent beaucoup aux fibromyomes utérins.

4° Au point de vue du diagnostic, les signes physiques seuls ont de l'importance.

5° Il faut les opérer avant que par leur volume elles deviennent dangereuses (surtout au point de vue accouchement) ou qu'elles se sphacèlent.

6° L'opération sera facile ; mais cependant devra être faite avec attention en cas de prolongement toujours possible vers l'urètre, la vessie, le rectum et de blessure de ces organes.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- M^{me} BOIVIN. — *J. comp. du Dict. des sc. méd.* Paris, 1830, p. 62.
- BAUDIER. — *Journ. méd. et pharm.*, 1847.
- COLLARDOT. — *Thèse* Paris, 1881.
- DUBAR. — In *Revue de gynécol.*, p. 404, 1903.
- GREENE. — *Brit. med. Journ.*, 1870, p. 489.
- *Bost. med. Journ.*, 1892, p. 594.
- GREMLER. — *Med. Zeit.* Berlin, 1843.
- HOFMOKL. — *Wien med. Presse*, 1891, p. 1229.
- HUME. — *Lancet*, London, 1895, t. II, 988.
- M^{me} KASCHEWAROWA. — *Arch. f. presse*, an. Berlin, 1872.
- KEINWACHTER. — *Zeit. of. Heil. Prager*, III, p. 357.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Gynécologie méd. chirurg.*
- LISFRANC. — « *An tumors of the uterus* » London, 1847.
- MAC CLINTOCK. — *The Dublin quat. Journ.*, 1862, p. 209.
- MARTIN. — *Zeit. of Gil. et Gyn.*, t. III.
- PAGET. — *Obs. on discases of femeales*, II, p. 115.
- PAQUET. — *Bulletin méd. du Nord*, 1882, p. 65.
- PILLORE. — *Gaz. des hôpitaux*, 1854, p. 137.
- POPOFF. — *Société méd. et chirurg. Saint-Pétersbourg*, 4 nov. 1886.
- PORRO. — *Ann. de gynécol.*, 1876, p. 72.
- POTEL. — *Revue de gynécol.*, 1903, p. 387.
- POTHERAT. — *Soc. chirurgie*, 1906.

POZZI. — *Traité de gynécologie.*

ROCHEBLAVE. — *Thèse Montpellier, 1884.*

SMITH. — *Am. Journ. of. obst.*, 1902.

TRALGE. — *All. med.*, 1873, n° 30.

VIRCHOW. — *Krankhaft gesch.*, III, p. 221.

WILLAMS. — *Boston med. an turq. Journ.*, 1897.

WILSON. — *Med. Tim an gaz*, 1876.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRES.	
I. — Étiologie	6
II. — Anatomie pathologique	8
III. — Pathogénie	13
IV. — Symptomatologie	16
V. — Diagnostic	20
VI. — Complications	25
VII. — Pronostic.	30
VIII. — Du traitement	31
IX. — Observations	34
Conclusions.	56
Bibliographie	57

